

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

※太枠の中のみ記入してください。

被保険者証記号番号	3 6 - . ()	資格取得年月日	
母の氏名		昭和 平成 令和	年 月 日
個人番号			
※他の保険(協会けんぽ、健康保険組合、共済組合その他)で1年以上被保険者本人として加入し、その資格喪失後6ヶ月以内の出産の場合、出産育児一時金の支給請求先を選ぶことができます。			
出産年月日/在胎週数	令和 年 月 日 /	妊娠経過期間	週
支給申請額 出産に要した費用	産科医療補償制度掛金が加算されている場合 420,000円	令和4年1月1日以降に出産の場合 408,000円	令和3年12月31日以前に出産の場合 404,000円
	いずれかに○をつけてください		
	出産に要した費用 (直接支払制度を活用した場合)		円
支給申請額		円	
振込先金融機関	金融機関コード	支店コード	
	銀行 本店 信用金庫・労働金庫 支店 信用組合 出張所 農業協同組合		預金種目 1. 普通 2. 当座
			口座番号
口座名義人 (世帯主名義)	アガナ		
上記のとおり、申請します。			
令和 年 月 日 (1 8 9 -)			
世帯主 住所 東村山市 町 丁目 番地			
方書 _____			
氏名 _____			
電話 ()			
(申請先) 東村山市長			

【事務処理欄】

直接支払制度	利用あり / 利用なし	国保税収納状況	賦課なし・完納・未納あり (収納課担当者名 :)
国保資格取得日から起算して 6ヵ月以内での出産の場合	(前保険者 : 社保本人 / 社保扶養 / 他国保 / その他)	受付	
	(保険者名 :)		
	(電話 : - - 担当 :)	審査	
	(加入期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日)		

不支給の理由 (他保険にて支給 支給済 在胎週数対象外 その他)

世帯主支給・ 不支給決定日	令和 年 月 日
世帯主への 支給日	令和 年 月 日

本件出産育児一時金支給総額	円
医療機関への 支給額	円
世帯主への 支給額	円

未支給・支給済

- ①子の国保資格取得届出 (済・未・不要)
- ②母子手帳又はこれに準ずる証明書
(被保険者が出産した事実と
流産・死産の場合に在胎週数を証明するもの)
- ③出産費の領収・明細書
- ④出産した医療機関との直接支払制度合意文書

※海外出産の場合、さらに必要なもの

- 母のパスポート
(渡航及び帰国の記載があるもの)
- ②、③の翻訳文
(翻訳者の住所、氏名の記載のあるもの)